A Monsieur Gavarret
Inspecteur Général des Facultés
Respectueux hommage
Leroy

NOTICE

SUR LES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur C. LEROY

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

LILLE
IMPRIMERIE A. MASSART
59, RUE NATIONALE, 59

1886

TITRES ET SERVICES

DANS L'ENSEIGNEMENT

(1875) DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS.

(1870-1873) ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LILLE.

(1880) PRÉPARATEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE DE MÉDECINE DE LILLE.

(1881) CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.

(1883) AGRÉGÉ DE MÉDECINE (Concours d'agrégation 1882-1883).

(1883-1884) CHEF DES TRAVAUX D'ANATOMIE PATHOLOCIQUE.

(1884-1885, 1885-1886) AGRÉGÉ, CHARGÉ DU COURS DE PATHOLOGIE MÉDICALE.

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU NORD.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ET

MÉMOIRES ORIGINAUX

Blessure de l'artère intercostale

(Thèse de Doctorat, Paris 1875)

Ce travail a pour but de montrer la fréquence de la blessure de l'artère intercostale survenant comme complication des plaies de poitrine. Pendant longtemps on s'accordait à croire à la rareté de cette complication au point que l'on en était arrivé à dire que les cas de blessure de l'artère intercostale sont moins nombreux que les moyens inventés pour en arrêter l'hémorrhagie qui s'en suit. Il est loin d'en être ainsi et les blessures de l'artère iutercostale ne sont pas aussi rares qu'on l'a prétendu. Elles paraissent,· au contraire, assez fréquentes et elles offrent toujours une certaine gravité.

Par un examen critique de la bibliographie de cette question, nous avons avons montré que depuis très longtemps déjà les auteurs s'étaient préoccupés de l'hémorragie qui complique les plaies de poitrine par blessure de l'artère intercostale.

Quelques observations de plaies de poitrine par la théraceuthèse nous montrent la part assez large qu'il faut faire

à cette complication, étant donnée la méthode actuelle du traitement de la pleurésie. Pour prouver la fréquence relative de cette complication dans les plaies de poitrine accidentelles, nous avons cité un certain nombre de cas de blessure de l'artére intercostale qui figurent à la statistique de la guerre de la Rebellion.

Contribution à l'histoire de la pathogénie des dilatations bronchiques

(Mémoire publié dans les *Archives de Physcologie normale et Pathologique* avec une planche, 1879)

Jusqu'à l'époque où parut ce travail, le mécanisme de la dilatation bronchique avait été le sujet de théories nombreuses et variées. En effet depuis Laënnec, ce chapitre des affections du poumon avait toujours été traité avec des développements très étendus. On faisait jouer à l'air contenu dans les alvéoles, à la pneumonie chronique, à la pleurésie, un rôle considérable et l'on admettait que la dilatation des bronches était un état purement passif qui résultait de ces différentes conditions anatomiques.

Ce travail est venu simplifier beaucoup l'étude de la question en montrant que toutes ces théories étaient hypothétiques et inexactes puisqu'elles s'appuyaient, non pas sur des faits anotomo-pathologiques, mais sur des idées un peu préconçues.

Nous nous bornerons à donner les conclusions du mémoire que des recherches de Dutailly, d'Hanot et de ses élèves sont venus pleinement confirmer.

« Dans la dilatation bronchique, les bronches sont le siège d'une altération primitive et spéciale de leurs parois.

» Cette lésion est une lésion de nutrition qui a pour but de transformer tous les éléments de la paroi bronchique en un tissu embryonnaire et vasculaire.

» Par suite de cette altération, les parois des bronches perdent leurs propriétés contractiles et élastiques, la résistance de leur tissu est diminuée et elles subissent facilement l'influence de toutes les causes admises dans la production de leur dilatation.

» La pneumonie chronique, au lieu d'être une lésion primitive du tissu pulmonaire, est au contraire consécutive et est liée forcément à l'altération des bronches.

» En parcourant les nombreux travaux publiés sur ce sujet, on voit qu'il n'a jamais été possible de donner une explication satisfaisante pour la production de cette maladie, et tout en accordant le rôle principal à la phlegmasie chronique des bronches unies à la pneumonie chronique, les auteurs n'ont jamais pu déterminer les circonstances dans lesquelles la dilatation se produisait.

» Pour nous, nous dirons que la dilatation bronchique reconnait pour cause une altération primitive et spéciale des parois bronchiques et que la pneumonie chronique signalée par presque tous les auteurs pour expliquer son mécanisme, est consécutive.

» Les causes signalées par tous les auteurs n'en restent pas moins avec toute leur valeur, seule, la succession des phénomènes est modifiée. »

Insuffisance aortique de cause traumatique

(*Bulletin médical du Nord*, 1879)

Il s'agit dans le cas en question d'un traumatisme violent de la poitrine arrivé chez un sujet lors d'une collision de chemin de fer. A la suite de cet accident on put constater tous les symptômes de l'insuffisance aortique. Le sujet était auparavant très bien portant et nullement entaché d'alcoolisme. La possibilité de semblables lésions dues aux violents traumatismes avait déjà été indiquée, quoique vaguement, par les auteurs à propos de la pathologie générale du cœur. Quelques observations antérieures à celles-ci mentionnaient la rupture spontanée, à la suite d'efforts violents, des valvules cardiaques ; mais c'est dans la *Revue de médecine* de 1881 que cette question de la rupture des valvules du cœur fut, pour la première fois, étudiée dans son ensemble par Barié.

Aujourd'hui cette lésion bien que rare n'est plus mise en doute et l'observation en question en est un exemple.

De la Sclérodermie

(Thèse présentée au concours pour l'agrégation. Section de pathologie interne et de médecine légale, 1883)

La Sclérodermie est une affection qui n'est connue que depuis peu, nous montrons dans l'historique que c'est Alibert qui, le premier, décrivit cette maladie sous le nom de *Scrofule momie* ou Momie rhumatismale. Cette revendication en faveur d'Alibert est d'autant plus nécessaire qu'elle lui a été disputée par certains auteurs.

La description générale de la maladie est très variable et ne peut se prêter à aucune idée d'ensemble. Nous étudions l'évolution de la maladie dans ses périodes les plus ordinaires qui sont : 1° période des troubles nerveux; 2° période œdémateuse; 3° période endurcissement. Ces deux premières périodes sont loin de se succéder par ordre pour arriver à la troisième période. Le plus souvent même, les troubles nerveux ou bien l'œdème sont les seuls phénomènes qui précèdent l'endurcissement du derme. Ce n'est, en effet, qu'à cette troisième période que la maladie revêt l'aspect caractéristique qui lui a valu son nom et sous lequel elle se présente le plus souvent au médecin. On observe alors les variétés suivantes :

1° Sclérodermie en plaques disséminées;

2° Sclérodermie des extrémités ou sclérodactylie;

3° Sclérodermie généralisée.

Un point mérite d'être relevé dans l'étude de la symptomatologie :

Il s'agit de ce qu'on doit entendre par Morphée des Anglais. Nous avons montré dans différentes parties de ce travail que ce mot est une superfétation et que ce n'est rien d'autre qu'un mot que les Anglais ont voulu substituer à la Sclérodermie qu'ils avaient ignorée. Après l'étude des symptômes généraux et des complications, nous passons à l'anatomie pathologique et nous montrons que les diverses lésions qu'on a trouvées dans cette maladie ne sont rien moins que constantes, tant en ce qui regarde l'altération commune, que celles du système nerveux.

Le diagnostic se fait avec l'asphyxie locale des extrémités,

la lèpre, la cachexie pachydermique, la kéloïde, l'ichthyose, l'éléphantiasis, l'aïnhum, l'hémiatrophie faciale, etc., et la morphée.

La nature, de même que la pathogénie de la sclérodermie, est encore un problème qui est loin d'être résolu dans l'état actuel, et les théories se partagent suivant qu'on en fait une affection de nature rhumatismale ou d'origine nerveuse. Les faits que nous apportons ne plaident pas plus pour l'une que pour l'autre de ces théories et nous inclinons à penser que les deux théories pourraient se concilier en admettant qu'il s'agit d'une paralysie à frigore des extrémités nerveuses lorsque la maladie s'est développée, comme on en observe des exemples à la suite du contact d'une partie de la peau avec le froid.

L'étiologie est tout entière comprise dans la nature et la pathogénie, et, outre les causes banales, celles qui occupent le premier rang sont l'influence du froid et du système nerveux.

Après avoir passé en revue l'évolution et le traitement de la sclérodermie, nous arrivons aux conclusions parmi lesquelles il est dit que jusqu'aujourd'hui le seul fait qui soit hors de doute est la nature inflammatoire chronique de la maladie, c'est une véritable cirrhose cutanée ou sous-cutanée. Quant au mécanisme de ce processus scléreux nous l'ignorons, tout n'est qu'hypothèse à ce sujet.

De l'Hématidrose ou Sueurs de sang

(Mémoire publié dans le *Bulletin médical du Nord*, 1884)

Travail dans lequel nous nous sommes efforcé de présenter l'hématidrose sous une forme didactique car, jusqu'ici,

lorsque l'on voulait avoir une idée d'ensemble sur cette question, on ne trouvait que des descriptions écourtées ou bien il fallait s'en rapporter à des travaux originaux traitant ce sujet de façons fort diverses. Nous avons montré la sueur de sang avec son cachet mystique puis la réalité de l'hématidrose, c'est-à-dire une issue du liquide sanguin par les mêmes voies que la sueur. Nous avons décrit ces hémorragies selon leur siége, et avec leurs caractères qui sont d'être périodiques, passagères et intermittentes et d'être accompagnées de phénomènes douloureux très-variés. L'évolution, les causes, la nature du liquide sont étudiées ainsi que le mécanisme et la physiologie pathologique de l'hématidrose.

Ce travail contient, en résumé, ce que l'on doit entendre par hématidrose ou sueurs de sang dans l'état actuel de la science.

Essai sur la fièvre rhumatismale, sans manifestations articulaires, observée chez les enfants

(Mémoire publié dans le *Bulletin médical du Nord*, 1884)

Dans ce travail nous nous sommes proposé d'étudier certaines particularités qui ont trait au rhumatisme chez les enfants. Il est admis que le rhumatisme chez les enfants se présente beaucoup plus rarement qu'aux autres époques de l'existence sous sa forme typique articulaire. Cependant on reconnaît qu'une affection qui, pour beaucoup d'auteurs, est considérée comme de nature rhumatismale est fréquente dans l'enfance : c'est la chorée.

L'énoncé du problème à résoudre était donc le suivant : La Chorée est une manifestation morbide propre à l'enfance et le rhumatisme est, au contraire, une rareté pathologique à cette époque de l'existence.

C'est grâce à quelques observations personnelles recueillies à intervalles de plusieurs années que nous avons pu mener à bonne fin ce sujet.

En outre, les observations qui forment la base de ce mémoire montrent que, chez les enfants, on peut observer une série de manifestations morbides, considérées habituellement comme des complications du rhumatisme, alors qu'il n'existe pas trace de phénomènes articulaires.

On voit figurer, à ce titre, la pleurésie, la péricardite, l'endocardite, la chorée survenant avec toutes les apparences d'affections primitives et ne paraissant nullement être sous la dépendance du rhumatisme.

On s'accorde cependant à considérer ces diverses manifestations comme étant de nature rhumatismale et c'est pour affirmer leur origine que certains auteurs ont admis un rhumatisme sans rhumatisme.

Nous avons fait voir que ces différentes manifestations ne viennent pas d'emblée : mais qu'elles sont précédées d'une période fébrile de durée variable, pendant laquelle il n'existe aucun phénomène articulaire. On a à faire uniquement à une fièvre d'intensité variable mais dont les phénomènes sont bien accentués ; ce n'est qu'après un certain temps qu'on voit apparaître les complications qu'on s'accorde à regarder comme rhumatismales.

Nous pensons que, chez les enfants, le rhumatisme articu-

laire qui est si rare, tandis que ses complications sont si fréquentes, peut être remplacé par une période fébrile.

Voici d'ailleurs, en ce qui concerne ce point, les conclusions de notre mémoire :

« Deux ordres de faits bien différents se dégagent de l'ensemble des matériaux qui nous ont servi à édifier ce travail. L'un renferme de puissants arguments en faveur de la doctrine de la *fièvre rhumatismale* qui, pour la plupart des auteurs, a été considérée jusqu'ici comme une simple vue de l'esprit et systématiquement rejetée. L'autre est plein de déductions pratiques dont la portée ne saurait être contestée. Avec notre première manière de voir, nous entrons de plein pied dans le domaine de la pathologie générale ; mais nous nous figurons bien que ce ne sera pas, par ce modeste travail, que nous arriverons à faire croire que le rhumatisme est une affection essentiellement fébrile. Peu nous importe, sur ce point, la critique, quelque sévère qu'elle puisse être ; l'observation, quand elle ne trompe pas, est trop bon juge pour que nous nous en inquiétions !

» Si nous nous plaçons à un point de vue tout différent, celui de la clinique, nous trouverons alors des particularités du plus haut intérêt.

» Le rhumatisme dans l'enfance présente une physionomie à part; de tout temps les observateurs ont été unanimes à le reconnaître sans qu'ils aient cependant indiqué la forme sous laquelle il se masque.

» Si l'arthrite, cette manifestation ordinaire et classique du rhumatisme, est rare chez les enfants, c'est donc qu'il y a un autre phénomène qui la remplace ! Il résulte de nos

recherches que, chez les enfants, le rhumatisme paraît se montrer, dans la majorité des cas, sous la forme d'un mouvement fébrile caractérisé par une élévation constante de la température à laquelle s'ajoutent les phénomènes de la fièvre en général, tels que : agitation, éréthisme cardio-vasculaire, malaise général, vomissements, etc., sans *aucune lésion locale appréciable*. Nous tenons à dire cependant que nous ne sommes pas partisan de la théorie de la fièvre *sine materia*, et nous avons même beaucoup de tendance à supposer que des troubles organiques du système encéphalo-rachidien ne sont pas étrangers à la production de l'élément fébrile. L'on sait, en effet, que chez les enfants, le rhumatisme cérébral n'existe jamais sans phénomènes choréiques (Roger), et la fièvre rhumatismale dont nous nous occupons pourrait bien n'être qu'une expression symptômatique liée à des altérations cérébrales encore mal déterminées. Cette hypothèse est d'ailleurs d'actualité, car un certain courant d'opinions tend, de plus en plus, à entraîner les esprits vers l'idée que si, dans beaucoup de cas, la pathogénie de la fièvre est du ressort de l'inflammation, il existe bon nombre de circonstances aussi, dans lesquelles, le mécanisme de l'élément fébrile doit être recherché dans le système nerveux (névroses thermiques).

» Quant à l'enseignement pratique qui découle de nos faits, le plus important est de savoir que, chez les enfants, le rhumatisme peut commencer la série de ses manifestations habituelles sous les allures d'une fièvre simple, mais dont le pronostic est loin d'être en rapport avec cette bénignité apparente. Nos faits démontrent assez cette vérité pour que

nous n'insistions pas sur les erreurs, bien involontaires, il est vrai, qui peuvent être commises en pareil cas.

» Notre but, en publiant ce travail, a été d'attirer l'attention des observateurs sur des faits qui nous avaient particulièrement frappé depuis longtemps. L'obscurité et le malentendu qui règnent encore au sujet du rhumatisme de l'enfance permettent de croire que nous n'avons pas été favorisé par le hasard et que la loi que nous voudrions voir se généraliser ne sera pas formulée sur des exceptions, mais qu'après vérification faite, de nombreux faits viendront l'affirmer. »

PUBLICATIONS DU *Bulletin médical du Nord*, 1884

ANALYSES

DE TRAVAUX ALLEMANDS

Uber ein neues Reinculturverfahren der tuberkelbacillen. — (Nouveau moyen de cultiver à l'état de pureté le bacille tuberculeux.) BAUMGARTEN, professeur à Königsberg.

(*Centralblatt für die Medicinischen*, 1884.)

Zur Frage der microorganismen bei Pyœmie. A. BELTZOW (de Saint-Pétersbourg.) Travail du laboratoire du professeur Frisch, à Vienne.

(*Centralblatt für die Medicinischen*, 1884.)

Das anthraxvirus. — (Travail de l'Institut pathologique du professeur SEMMER, de Dorpat), par K. OSOL.

(*Centralblatt für die Medicinischen*, 1884.)

Rapport sur un mémoire intituté : **Recherches sur la découverte à Royat, des Substructions d'un établissement thermal gallo-romain**, par le docteur Al. PETIT.

Ein Erklärungsversuch der verschiedenartigen Temperaturverhaltnisse bei der tuberculosen Basilarmeningitis, par LOEB.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 1884.)

Explication des différents états de la température au cours de la meningite tuberculeuse de la base.

L'analyse de ce mémoire se trouve *in Thèse de doctorat Berquet, Lille* 1884.

De la Tuberculose laryngée considérée dans ses rapports avec celle de la peau

(Mémoire publié dans les *Archives de Physiologie et Pathologique*, Septembre 1885, avec une planche)

Grâce aux nombreux matériaux que nous avons pu recueillir, il nous a été permis dans ce travail d'aborder un grand nombre de questions relatives à la tuberculose du larynx non résolues jusqu'à ce jour.

D'abord la question de savoir si la division, qui est

encore admise entre la laryngite de tuberculeux et la laryngite tuberculeuse, a lieu d'être conservée.

En ce qui concerne la forme sous laquelle le tubercule se montre dans le larynx, les opinions des anatomo-pathologistes sont à ce sujet des plus opposés. Les uns, en effet, avaient constamment trouvé la granulation miliaire caractéristique; d'autres, au contraire, soutenaient que l'état casceux est la seule forme de tubercule que l'on rencontre dans le larynx.

Nous tranchons la question dans les lignes suivantes :

« Aujourd'hui, l'on sait que les tubercules à différents états peuvent se rencontrer dans le larynx et il importe moins de savoir quelle est la forme qui prédomine que de connaître l'ensemble de leur évolution. »

Quant à la division classique en périodes de la laryngite tuberculeuse admise généralement aujourd'hui, nous avons fait voir que la période catarrhale ou épithéliale qui est regardée comme le début de la phthisie laryngée est déjà la maladie confirmée attendu que le microscope démoatre qu'à cette période on se trouve en présence d'altération scléreuse de la muqueuse du larynx déjà avancée.

Un des desiderata les plus importants à connaître c'étaient les ulcérations de la tuberculose du larynx. Pour ne pas prolonger plus longtemps l'analyse de notre travail, nous donnerons le compte-rendu sommaire qu'on trouve dans la *Semaine médicale* du 4 Novembre 1885, numéro 45 :

« Les lésions de la tuberculose du larynx sont connues depuis fort longtemps dans leur ensemble, et l'histoire des formes cliniques de la maladie est restée établie, depuis

Trousseau, d'une manière si satisfaisante qu'il y a peu de chose à y changer. Toutefois, bien des points dans la pathogénie, bien des détails dans l'anatomie pathologique, ont reçu une interprétation obscure ou erronée, sur laquelle l'auteur de ce travail désire appeler l'attention. Le processus de l'ulcération des cordes vocales est l'un des phénomènes le plus mal compris parmi les lésions de l'affection tuberculeuse du larynx, c'est aussi à la vérité l'un des plus complexes.

» Le premier degré de l'ulcération, le *processus exulcératif*, est produit par un mécanisme absolument semblable à celui de l'*altération cavitaire des épithéliums*, tel qu'on le connaît d'après la description de Leloir. Ces phénomènes sont précédés d'un état papillomateux, analogue à ce qui se passe dans le corps de Malpighi au cours du lupus commun.

» D'autres fois, par une déviation anatomique encore semblable à celle du lupus, mais au lupus scléreux, il se produit une transformation cornée de la couche épithéliale des cordes vocales inférieures. On le voit, et c'est sur ce fait que l'auteur tend à attirer le plus l'attention, la tuberculose au niveau des cordes vocales inférieures ne se conduit pas comme sur les autres muqueuses; les lésions, qui sont son œuvre dans cette partie du larynx, sont bien plutôt comparables aux lésions cutanées de la même diathèse.

» Cliniquement, la phthisie laryngée est unifiée comme toutes les autres manifestations de la diathèse tuberculeuse; la forme dite *laryngite des tuberculeux* et celle nommée réellement *laryngite tuberculeuse*, ne sont que les deux

étapes du même processus morbide. La laryngite des tuberculeux se caractérise anatomiquement par ces lésions, d'abord scléreuses, puis exulcérations, que M. Leroy rapproche étroitement des différentes formes du lupus; la laryngite tuberculeuse avec tubercule complet ou ulcération nette, n'est que l'aboutissant des altérations précédentes.

» Les différents types de ces lésions tuberculeuses peuvent se retrouver à l'autopsie sans que la maladie ait fatalement poursuivi tous ses degrés.

» Le type scléreux primitif, qui ne donne pendant la vie lieu qu'à des signes de peu d'importance et perdus au milieu des symptômes pulmonaires, demande à être recherché pour être reconnu. Le microscope ne laisse pourtant aucun doute sur la réalité de l'existence des lésions.

» La laryngite exulcérative peut compter aussi pour une surprise d'amphithéâtre. La corde vocale inférieure présente une hypertrophie régulière et des ulcérations linéaires ou en coup d'ongle, qui doivent être mises sur le compte de l'altération cavitaire. La forme ulcérative ordinaire est la phthisie laryngée commune, décrite et représentée en planches par tous les auteurs. Le malade tombe en proie à des accès de suffocation d'une intensité telle, qu'ils prennent toujours le dessus sur les symptômes pulmonaires. La mort a lieu généralement par asphyxie, et l'autopsie montre un épaisissement considérable de la muqueuse laryngée, qui est déformée par de vastes ulcérations irrégulières taillées à pic. Le microscope, outre les détails que fournit l'examen du détritus ulcératif, démontre l'existence d'une infiltration tuberculeuse caractéristique dans l'épaisseur de la muqueuse hypertrophiée. — (*Archives de physiologie*, septembre 1885. »

Considérations critiques sur une nouvelle variété de Laryngite désignée en Allemagne sous le nom de Laryngite hypoglottique de Ziemssen

(Journal des *Connaissances médicales*, nos 20 et 21, 1886.)

Ce mémoire n'est pas une simple traduction analytique. C'est l'examen critique d'un certain nombre de travaux publiés à l'étranger qui tendent à établir l'existence d'une nouvelle forme de laryngite.

Nous avons cherché à combattre la tendance un peu trop marquée que montrent beaucoup d'auteurs contemporains à diviser et subdiviser indéfiniment les types morbides anciens. On arrive par cette voie à surcharger la terminologie médicale d'une foule d'appellations nouvelles dont l'utilité est au moins contestable, et à accorder une valeur exagérée aux variations, d'importance secondaire, qu'on peut observer au cours de la plupart des maladies.

THÉRAPEUTIQUE. — *Emploi de l'aconitine dans les Cephalées syphilitiques*

(Journal des *Connaissances médicales*, n° 3, 1887.)

Note préalable résumant les conclusions du travail sur le même sujet que nous annonçons plus bas.

Nouvelles recherches sur la pathogénie des dilatations bronchiques et les broncho-pneumonies qui les accompagnent

(Arch. de phys., n° 1, 1887, avec planche, 7 fig. chromo-lithog.)

Nous donnons ci-après les conclusions de ce mémoire basées non seulement sur l'observation clinique, mais encore

et surtout sur des recherches exactes concernant les altérations histologiques de la bronchectasie.

« Les altérations que l'on rencontre sur la muqueuse des bronches au cours des bronchectasies sont aujourd'hui bien connues. La muqueuse subit des transformations profondes, au point qu'on peut n'y plus trouver traces d'éléments normaux. Le tissu qui se substitue à elle peut présenter une foule d'intermédiaires, depuis la simple altération embryonnaire jusqu'à un développement vasculaire très prononcé rappelant un état angiomateux de ses parois.

» C'est par la perte des propriétés de cette muqueuse ainsi transformée que l'on explique le mécanisme principal de la dilatation bronchique.

» Hanot et Gilbert regardent le développement vasculaire considérable des parois bronchiques comme la condition pathogénique des hémoptysies bronchectasiques.

» *D'après nos recherches, nous croyons pouvoir étendre le cercle des altérations qui constituent la dilatation bronchique, en montrant que la lésion de la muqueuse, dans ces cas, si elle est une condition toute mécanique de la bronchectasie, n'en constitue pas toute la maladie.*

» *Le développement angiomateux qu'on trouve dans l'épaisseur de la paroi bronchique n'est pas isolé, il est en relation avec des lésions analogues qui se trouvent à l'extérieur du lobule. Quand ce lobule confine à la plèvre, la surface parenchymateuse présente les mêmes modifications.*

» Il en résulte un ensemble de lésions conjonctives et vasculaires généralisées à tout le système de la charpente

conjonctive du lobule et paraissant de la sorte avoir une existence indépendante des altérations de la bronche.

» La pneumonie chronique qui comprend les indurations connues sous des noms divers qui accompagnent la dilatation des bronches se forme par un processus tout autre que celui qu'on admet pour la cirrhose du poumon.

» Nous n'avons trouvé ni le processus fibroïde ni le processus à épithélium cubique. *Dans notre cas, ce processus scléreux, outre qu'il paraît plus rapide dans son évolution, procède d'anses vasculaires, émanées des parois alvéolaires, qui s'entourent de toute part d'éléments issus par diapédèse.*

» Le parenchyme du poumon se transforme en une nappe d'aspect bourgeonnant qui finalement forme un tissu conjonctif adulte (substance fondamentale, substance fibrillaire, cellules fixes) plus ou moins parsemé de néoformations vasculaires suivant l'âge des lésions; suivant leur organisation plus ou moins avancée vers l'état scléreux, on peut observer la splénisation, la carnisation et l'état aréolaire des parties du poumon qui entourent la bronche dilatée.

» Au début des lésions, lorsque l'état de bourgeonnement est peu avancé, la quantité de leucocytes peut expliquer la sécrétion du pus.

» L'état de carnisation indique un stade plus élevé dans l'organisation de ces bourgeons.

» L'état aréolaire correspond au degré le plus élevé de cette organisation. Le tissu pulmonaire s'est considérablement réduit, les brides si remarquables qui constituent l'aspect macroscopique sont dues à l'existence des travées et du tissu

conjonctif du lobule, dont la vitalité peut se maintenir grâce aux développements vasculaires qui y existent. A cet état, la dilatation est caractéristique, et il nous semble que si la diminution de résistance de la paroi bronchique joue un grand rôle pour produire ces anfractuosités, l'affaissement, ou la rétractilité du tissu de sclérose, s'il ne joue pas un rôle actif, contribue néanmoins à en agrandir les dépressions. Devant ces faits, nous croyons qu'il y a lieu de reprendre l'étude de cette affection. Nous pensons également que cette maladie est dominée par un processus anatomique plus franchement inflammatoire et organisable que ne le sont les lésions épithéliales de la bronchopneumonie en général.

» Pour toutes ces raisons, nous considérons la dilatation bronchique comme un point accessoire d'une maladie plus générale du poumon. Nous dirons, en terminant ce travail, que, si on se reporte aux beaux travaux de Vulpian, Charcot, Cornil, Damaschino, Balzer, Joffroy et Martin sur la broncho-pneumonie, on verra que notre rôle a été d'interpréter et de confirmer des faits nettement établis par quelques-uns de ces maîtres et auxquels il ne manquait peut-être qu'une vue d'ensemble. »

Action de l'aconitine dans les Cephalées d'origine syphilitique

(Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, in n° de Février 1887.)

Ce mémoire est basé sur des recherches poursuivies depuis deux ans dans la clinique de dermatologie et de syphiligraphie du professeur Leloir, à l'hôpital Saint-Sauveur.

Il contient une nombreuse série d'observations qui, toutes, tendent à prouver l'efficacité de l'aconitine dans les cas de cephalée syphilitique.

EN PRÉPARATION

— *Considérations sur l'anatomie pathologique de la néphrite syphilitique et sur la dégénérescence hyaline dans les néphrites*

— *Contribution à l'étude de l'hydronéphrose*

— *Sur un cas de dégénérescence kystique congénitale des reins*

— *Deux cas de mort rapide par le cœur pouvant intéresser la médecine légale*